Timbro del Medico richiedente

Data,_____

Spett.le ditta Aurora S.r.l.,

si richiedono campioni gratuiti dei Vostri Medicinali:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Cordiali Saluti

_____

Firma del Medico richiedente

Sede legale: Viale Le Corbusier, 33 – 04100 LATINA – ITALIA
Sede operativa: Via della Dinamica, 1 – 04013 Latina Scalo (LT)
Tel. +39 0773 637637 – Fax +39 0773 637638 Sito: www.aurora-italia.com – e-mail: info@aurora-italia.com
C.F. e Part. I.V.A. 01905340590 – R.E.A. n° 131416 – C.C.I.A.A. LT n° 878/1999 Cap. Soc. euro 10.329,14 i.v.